



IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Gianni Bonelli

nominato con D.G.R. della Lombardia n. XI/1068 del 17 dicembre 2018

Il giorno 23 del mese di febbraio dell'anno 2021 presso l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale dei Sette Laghi con sede legale in Varese (VA) – Viale L. Borri n. 57

ha assunto la seguente deliberazione:

n. 102 del 23/02/2021

OGGETTO: ADOZIONE DEL PIANO DI INTERNAL AUDITING 2021



OGGETTO: ADOZIONE DEL PIANO DI INTERNAL AUDITING 2021

IL DIRETTORE GENERALE

Su proposta n. 109 in data 16/02/2021 della S.S. ANTICORRUZIONE TRASPARENZA E AUDIT qui di seguito trascritta:

vista la L.R. n. 33 del 30.12.2009 così come modificata dalla L.R. n. 23 dell'11.8.2015 "Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)" e s.m.i.;

vista la D.G.R. n. X/4481 del 10.12.2015 "Attuazione L.R. 23/2015: costituzione Azienda Socio-Sanitaria Territoriale (ASST) dei Sette Laghi" con sede legale in viale Borri n. 57 – 21100 Varese;

richiamate le disposizioni normative in merito ai controlli interni alle Pubbliche Amministrazioni contenute nel Decreto Legislativo n. 286/1999 "Riordino e potenziamento dei meccanismi e strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'attività svolta dalle amministrazioni pubbliche, a norma dell'art.11 della legge 15 marzo 1997, n. 59" e nel Decreto Legislativo n. 150/2009 e ss. mm. e ii. "Attuazione della legge 4 marzo 2009 n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni";

viste e richiamate:

- la D.G.R. n. IX/2524 del 24.11.2011 "Vigilanza e controllo sugli enti del sistema regionale, ai sensi dell'art. 1, comma I bis e 5 quater L.R. 27 dicembre 2006, n. 30" che ha disciplinato il Sistema dei Controlli di Regione Lombardia;
- il Decreto regionale n. 2822 del 03.04.2013 "Approvazione del manuale di internal auditing della U.O. Sistema dei Controlli e Coordinamento Organismi Indipendenti", che ha approvato il Manuale di Internal Auditing Regionale;
- la Legge Regionale n. 17 del 04.06.2014 "Disciplina del sistema dei controlli interni ai sensi dell'articolo 58 dello Statuto d'autonomia", che ha istituito, tra l'altro, la funzione di Internal Auditing e stabilito le modalità e le procedure per il controllo finalizzato a garantire legittimità, regolarità e correttezza dell'azione amministrativa;
- la D.G.R. n. X/2989 del 23.12.2014 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2015", con la quale Regione Lombardia ha introdotto l'obbligo di costruzione di una Rete di Internal Auditing (I.A.) in tutti gli Enti Sanitari e previsto una pianificazione annuale dell'attività di audit entro il mese di dicembre;



preso atto della D.G.R. n. XI/1046 del 17 dicembre 2018 rubricata “Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario per l’esercizio 2019” con la quale Regione Lombardia ha stabilito, tra l’altro, che il Responsabile di Internal Audit procede a trasmettere, entro il 28 febbraio, a Regione Lombardia la pianificazione delle attività di audit che si intendono eseguire nel corso dell’anno;

precisato che in base alla normativa sopra richiamata, la funzione di Internal Auditing è uno strumento necessario per la valutazione dell’efficacia dei sistemi di controllo interno dell’Azienda anche mediante la verifica dei processi, delle procedure e delle attività, al fine di identificare, mitigare e/o correggere gli eventuali rischi (quali, a titolo esemplificativo: strategici, di processo, di corruzione/mala administration);

vista la nota del 13.01.2021, prot. n. 0002239, con la quale la Struttura Regionale di Internal Auditing, ha confermato il termine per la notifica delle attività espletate come segue:

- pianificazione annuale entro il 28 febbraio 2021;
- relazione annuale di monitoraggio delle attività 2020, entro il 31.03.2021;
- relazione semestrale di monitoraggio delle attività 2021, entro il 31 luglio 2021;
- aggiornamenti e/o modifiche alla funzione da trasmettersi tempestivamente;

atteso che con deliberazione n. 727 del 23.12.2020 è stata confermata alla Dott.ssa Roberta Casillo, con decorrenza dall’1.01.2021 al 30.04.2021, la funzione di Responsabile della Prevenzione della Corruzione, della Trasparenza e della funzione di Internal Auditing, con mantenimento delle funzioni e delle responsabilità previste dalle disposizioni vigenti in materia;

ritenuto di proporre l’approvazione del Piano di Internal Auditing dell’anno 2021 (All. 1), allegato quale parte integrante e sostanziale della presente proposta;

dato atto che la presente proposta di deliberazione è conforme ai requisiti richiesti dalla Legge affinché l’atto sia valido (inerenti l’agente, l’oggetto, la forma, la funzione e il contenuto);

rilevato che il presente provvedimento non rientra nell’ambito delle funzioni e dei compiti attribuiti per delega di funzioni al Responsabile/Direttore della Struttura proponente e, pertanto, assume la conformazione di deliberazione del Direttore Generale;

IL DIRETTORE GENERALE

ritenuto di condividere la sopra richiamata proposta;

visto il parere di conformità della presente proposta di deliberazione ai requisiti richiesti dalla Legge affinché l’atto sia valido (inerenti l’agente, l’oggetto, la forma, la funzione e il contenuto) reso dal Responsabile della struttura proponente e dal Direttore o suo delegato della S.C. Affari Generali e Legali, per quanto di rispettiva competenza;



assunta la competenza procedurale, la legittimità e la correttezza del processo istruttorio correlato, la cui responsabilità è riconducibile all'ambito dirigenziale della struttura proponente;

acquisito il parere favorevole espresso, per quanto di rispettiva competenza, dal Direttore Amministrativo, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Sociosanitario;

DELIBERA

Per i motivi di cui in premessa che qui si intendono integralmente richiamati:

1. di adottare il Piano di Internal Auditing dell'anno 2021 (Allegato n. 1), allegato parte integrante e sostanziale del presente provvedimento deliberativo;
2. di dare mandato alla Dott.ssa Roberta Casillo, Responsabile della funzione di Internal Auditing, di procedere alle trasmissioni di rito;
3. di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri economici;
4. di dare atto che, ai sensi dell'art. 17, comma 6, della L. R. n. 33/2009 e successive modificazioni ed integrazioni, il presente provvedimento deliberativo, non soggetto a controllo, verrà pubblicato nei modi di legge, ed è immediatamente esecutivo.

ASST SETTELAGHI

Piano di Internal Audit 2021

Responsabile del procedimento Linda Corradi
15/02/2021

Sommario:

1. Premessa

2. Pianificazione degli interventi di audit

3. Campo di applicazione

4. Tempi

5. Responsabilità

6. Risorse

7. Strumenti di supporto

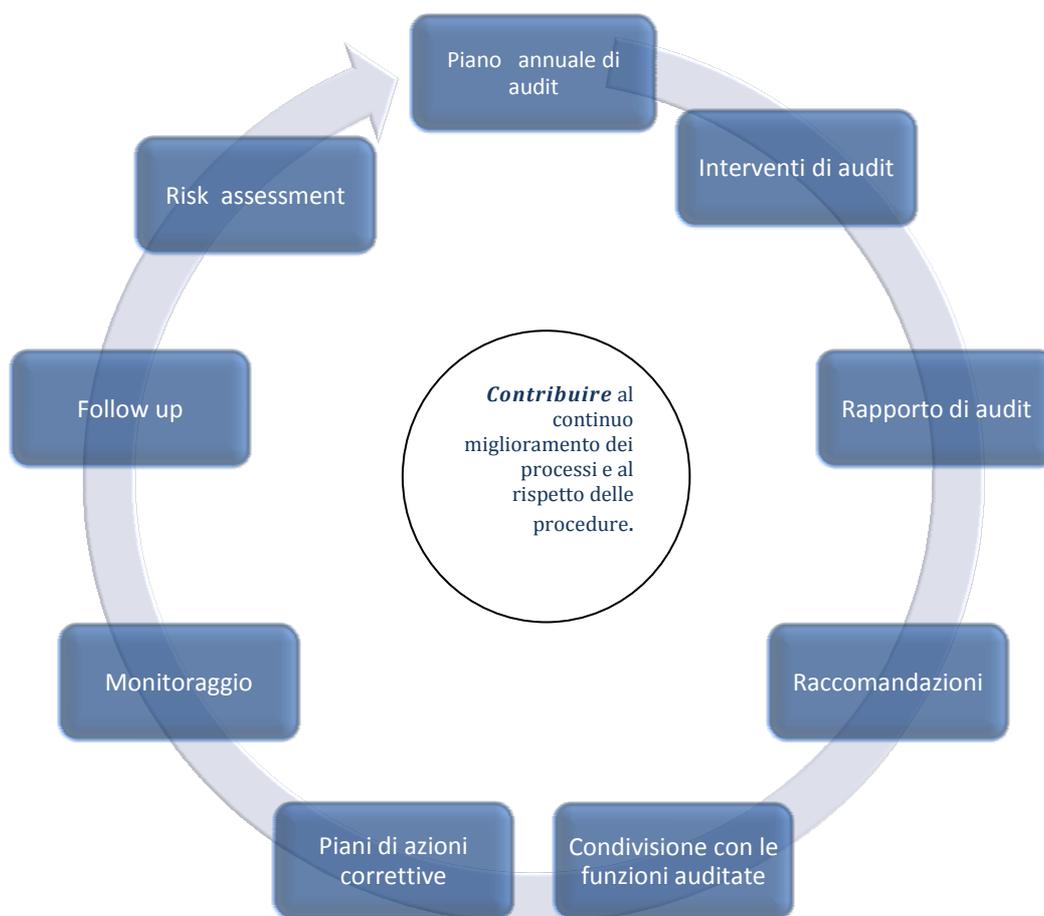
8. Aree Di Priorita'

1. Premessa

Il presente piano ha lo scopo di:

- individuare le aree e i processi/attività che saranno oggetto di verifica sulla *compliance*, sull'operatività, sulla *governance* etica;
- individuare le priorità degli interventi di verifica in continuità con l'attività di Internal Auditing svolta negli anni precedenti e sulla base dell'analisi dei rischi effettuata sulla base del PTPCT aziendale;
- definire i tempi e le risorse necessarie all'esecuzione degli interventi di Internal Audit.

Il Piano inoltre prevede la prosecuzione degli audit effettuati nel 2020.



2. Pianificazione degli interventi di audit

Il Piano di Internal Auditing 2021 (di seguito Piano I.A.) si propone, tra gli altri obiettivi di:

- individuare strategie di mitigazione dei rischi delle attività aziendali;
- verificare l'efficacia del sistema dei controlli e la conformità delle procedure alla normativa di riferimento;
- accertare attraverso successivi interventi di *follow up* l'effettiva implementazione delle azioni di miglioramento individuate rispetto alle azioni già esistenti.

3. Campo di applicazione

Il presente Piano si applica ai processi gestionali dell'Azienda Socio Sanitaria dei Sette Laghi, Varese.

4. Tempi

I tempi di attuazione sono calibrati sulla diversa complessità della verifica da attuare, tenendo in considerazione anche la possibilità di inserimenti di I.A. extra Piano sulla base delle valutazioni di rischio emerse durante l'anno o sulla base delle indicazioni della Direzione Aziendale.

4

Laddove il rapporto di I.A. evidenzia opportunità di miglioramento nella prevenzione dei rischi, ovvero nel sistema di controllo interno, l'adeguatezza ed efficacia delle azioni intraprese dai Responsabili del Processo e/o funzioni coinvolte, sono monitorate con audit successivi, attraverso *follow up*.

5. Responsabilità

Il RIA insieme ai collaboratori assegnati alla S.S. Anticorruzione, Trasparenza e Internal Audit, cura l'organizzazione per l'attuazione del presente Piano, definendo:

- tempi di attivazione degli interventi audit;
- individuazione del gruppo di auditori;
- pianificazione degli strumenti di audit;
- predisposizione dei verbali e di ogni altro documento necessario per tracciare le attività di verifica;
- notifica delle raccomandazioni;
- monitoraggio degli esiti dei follow up;
- predisposizione delle relazioni semestrali e annuali definite dalla Funzione Regionale di I.A..

6. Risorse

L'attività di Internal Auditing verrà condotta dal RIA e dai collaboratori assegnati S.S. Anticorruzione, Trasparenza e Internal Audit con il supporto interdisciplinare di gruppi audit costituiti sulla base delle competenze professionali maggiormente attinenti con il processo oggetto di verifica.

L'attuazione del seguente Piano sarà effettuata acquisendo la seguente documentazione:

- Legislazione vigente
- Documenti di natura contrattuale
- Norme tecniche e/o manuali d'uso
- Procedure, Protocolli e/o regolamenti aziendali,
- Ogni Risorsa documentale a disposizione.

7. Strumenti di supporto

L'attività svolta si conforma ai principi contenuti nel codice etico dell'Institute of Internal Auditors e agli standard internazionali professionali di Indipendenza, Obiettività, Riservatezza e Competenza.

L'attuazione dell' Internal Audit è supportata da 4 documenti fondamentali:

- Audit programme, che descrive lo scopo e il programma del singolo audit;
- Check list di Internal Audit, con risposte mirate a comprendere l'assetto e la reale consistenza degli strumenti di controllo;
- Rapporto di Internal Audit che permette di riportare le risultanze e le osservazioni conclusive della verifica da trasmettere alla Direzione strategica,
- Schede di monitoraggio dell'attività di I.A. elaborate a livello regionale.

Le tecniche a disposizione del RIA per l'attuazione dell'attività di I.A., sono:

- ✓ intervista;
- ✓ questionario;
- ✓ workshop;
- ✓ osservazione sul campo;
- ✓ analisi a campione;
- ✓ analisi dell'universo dei dati (CAAT - Computer Assisted Audit Tool);
- ✓ procedimenti analitici di Audit;
- ✓ analisi "walkthrough";
- ✓ richieste a soggetti indipendenti;

8. Aree Di Priorita'

Il Piano I.A., è stato definito sulla base dell'analisi del rischio effettuata nell'ambito del PTPCT aziendale (mappatura e parametrizzazione del rischio), prevedendo, per l'anno 2021, i seguenti Audit:

ATTUAZIONE NORMATIVA IN MATERIA DI PRIVACY – VALUTAZIONE DELL'IMPLEMENTAZIONE DEL SISTEMA PRIVACY

L'attività di I.A. proposta dal RIA si pone quale finalità la verifica dello stato di implementazione della normativa in materia di privacy prendendo in considerazione per l'attività di verifica:

- Documentazione amministrativa;
- Documentazione sanitaria;
- Applicativi informatici.

L'attività sarà condotta in collaborazione con il DPO e il Comitato Privacy.

Strutture coinvolte nell'audit: Direzione Amministrativa, Direzione Sanitaria, Direzione Sociosanitaria

VERIFICA PROCESSO RELATIVO ALL'ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE INTRAMOENIA E INTRAMOENIA ALLARGATA

Coerentemente con quanto disposto dall'Organismo Regionale per l'Attività di Controllo (ORAC), con la Deliberazione n.18 del 21/12/2020, il RIA si ritiene opportuno procedere alla verifica dei sistemi di controllo del complesso processo dell'attività ALPI, al fine di verificarne la conformità agli indirizzi, linee-guida individuate dal citato Organismo.

Strutture coinvolte : tutte le strutture che presidiano il processo dalla fase di autorizzazione alla fase di controllo

PROCESSO GESTIONE DELLE LISTE D'ATTESA

La razionalizzazione delle liste di attesa rappresenta un obiettivo prioritario per un sistema sanitario nazionale mirato all'efficienza e all'equità e l'attuazione delle norme esistenti in materia non può ridursi ad un mero adempimento formale, ma deve concretizzarsi nella formulazione di idonei programmi e di efficaci misure, effettivamente capaci di garantire il rispetto della tempestività delle prestazioni.

Nel corso del 2021 verrà avviato l'I.A. finalizzato a verificare l'efficacia e l'efficienza delle procedure di controllo implementate dalla S.C. Sistemi di Accesso e Libera Professione per la gestione delle liste d'attesa.

Strutture coinvolte : Coordinamento Ambulatoriale - S.C. Sistemi di Accesso e Libera Professione

PROCESSO GESTIONE DELLE LISTE D'ATTESA CHIRURGICHE

L'internal auditing relativo al processo in oggetto sarà finalizzato a verificare le modalità di attuazione controllo e monitoraggio relative alla pianificazione e programmazione delle liste di attesa chirurgiche prendendo in considerazione anche le rendicontazioni sui controlli elaborate dalle Direzioni mediche aziendali, per l'attuazione dei PTPCT aziendali .

Strutture coinvolte : Direzioni mediche aziendali

PROSECUZIONE I.A. 2020 E FOLLOW UP

Il Piano I.A. 2021 inoltre prevede la prosecuzione degli audit effettuati nel 2020 di seguito declinati:

- **FOLLOW UP - VERIFICA PROCESSO DEL CICLO PASSIVO**

L'attività di Internal auditing relativa all'aggiornamento delle procedure ISO , elaborate dall'Azienda per il governo del Ciclo passivo richiesto dal RPCT nell'ambito del PTPCT 2020-2022, è stata differita su richiesta condivisa con il gruppo di lavoro Ciclo Passivo al 31/12/2021.

Per l'anno 2020, in considerazione della complessità della revisione richiesta, il RIA ha ritenuto di limitare l'aggiornamento del processo alle fasi seguenti:

- ricognizione del fabbisogno antecedente al procedimento di scelta della procedura di gara ritenuta più idonea;
- definizione dei criteri per l'acquisizione dei beni - servizi e lavori esclusivi/infungibili.

L'intervento di revisione delle procedure del ciclo passivo per il 2021, già in corso di attuazione, dovrà essere rivalutato e riparametrato sulla base delle misure anticorruzione previste dal PNA 2016, come recepite nei PTPCT aziendali.

In particolare, il gruppo di lavoro dedicato, dovrà prevedere l'inserimento delle misure di prevenzione della corruzione ulteriori individuate dal RPCT per le fasi e sotto fasi del Ciclo passivo, di seguito riepilogate:

- **“Acquisti autonomi e proroghe contrattuali”** : l'ANAC nel PNA 2016 e nelle diverse Linee Guida emesse successivamente, richiama l'attenzione sul processo di **programmazione**, quale momento strategico e di prevenzione di una serie di rischi quali il ritardo nella definizione del fabbisogno, causa che può determinare la necessità di ricorsi a proroghe contrattuali e non tecniche, piuttosto che l'uso improprio dello strumento dell'affidamento diretto.

La proroga è ammessa in casi limitati ed eccezionali in cui, per ragioni obiettivamente non dipendenti dall'Amministrazione, vi sia l'effettiva necessità di assicurare precariamente il servizio nelle more del

reperimento di un nuovo contraente”.

La durata della proroga non deve superare il tempo strettamente necessario per l’affidamento del servizio ai sensi di legge”.

- **“Sotto-processo di adesione agli strumenti delle centrali di committenza o dei soggetti aggregatori “:**

La costituzione di centrali di committenza a livello nazionale e l’avvio dei lavori dei soggetti aggregatori di cui all’art. 9 del d.l. 66/2014, nonché le previsioni di cui all’art. 37 del d.lgs. 50/2016 in ordine alle varie forme di aggregazione e centralizzazione delle committenze, (di seguito, indicati tutti come “centrali di committenza”), hanno determinato un notevole cambiamento della gestione degli approvvigionamenti.

Di fatto è mutato il ruolo delle singole stazioni appaltanti, poiché il venir meno delle fasi di progettazione, selezione del contraente e aggiudicazione richiede una maggiore attenzione alla programmazione e alla esecuzione dei contratti.

A tal fine rilevano nella fase di programmazione i seguenti processi e procedimenti:

- a. formulazione ed invio della programmazione e dei relativi aggiornamenti nei tempi previsti dalla centrale di committenza;
- b. definizione delle competenze per l’approvazione del fabbisogno e definizione dei livelli organizzativi (referenze qualificate);
- c. verifica della pertinenza dei fabbisogni con strumenti già disponibili o programmati;
- d. formulazione del fabbisogno secondo codifiche proprie delle centrali di committenza anche mediante l’utilizzo di modelli e vocabolari comuni.
- e. obbligo di evidenziare, nella programmazione annuale, il ricorso agli strumenti delle centrali di committenza nonché di prevedere una sezione separata per le categorie riservate ai soggetti aggregatori;
- f. adozione e pubblicazione di procedure interne di segregazione di responsabilità e compiti per le fasi di manifestazione, elaborazione, analisi e validazione del fabbisogno ed identificazione dei soggetti titolati a trasmettere i fabbisogni alle centrali;
- g. previsione di una fase di aggiornamento della programmazione in corso di anno; previsioni di audit interni circa il rispetto dei tempi e delle codifiche di prodotti e servizi rilevati dalle centrali di committenza;
- h. obbligo di motivare sul piano tecnico e gestionale, anche mediante valutazioni di appropriatezza d’uso, la formulazione di bisogni che fuoriescano dagli standard comunicati alla centrale di committenza in corso di programmazione.

- **Nella fase di adesione**

- a. analisi ed esame del contenuto degli strumenti messi a disposizione dalle centrali (accordi quadro, convenzioni, ecc.) e compatibilità con i fabbisogni espressi o non programmati;
- b. definizione dell'oggetto degli atti di adesione (codifica dei fabbisogni non programmati e comparazione quali-quantitativa con i prodotti/servizi messi a disposizione dalle centrali);
- c. formalizzazione delle adesioni (appalto specifico, ordine, contratto, ecc.) secondo le regole degli strumenti posti in essere dalla centrale;
- d. previsione di istanze di controllo interno (o di validazione tecnica) in caso di acquisizione di beni e servizi in quantità diverse da quelle programmate e comunicate;
- e. adozione di modelli di contratto di adesione ad accordi quadro, convenzioni che standardizzino i processi di adesione anche mediante l'utilizzo di check list dei contenuti e dei passaggi obbligatori;
- f. previsione generalizzata di documentare l'esame degli strumenti delle centrali;
- g. comunicazioni alle centrali di acquisto delle adesioni parziali o in quantità diverse da quelle programmate, accompagnate da eventuali relazioni circa la non compatibilità/sovrapposibilità con i fabbisogni espressi o emersi in seguito alla relativa comunicazione, nonché con le esigenze di appropriatezza d'uso sopravvenute;
- h. attivazione di audit interni in caso di segnalazioni, osservazioni o richiami da parte delle centrali di committenza a causa di mancate o parziali adesioni che richiedano necessarie acquisizioni complementari, nonché in caso di mancato rispetto dei limiti temporali e quantitativi di adesione o di attivazione degli strumenti (mancato rispetto dei limiti minimi di ordinazione);
- i. dichiarazione di inadeguatezza dei tempi di consegna o realizzazione della prestazione, ecc.

- **Nella fase di esecuzione e rendicontazione dei singoli contratti:**

- a. interpretazione delle condizioni contrattuali, alla contrattualizzazione/ordinazione delle prestazioni, alle comunicazioni con la centrale di committenza e alle comunicazioni alla centrale sulle verifiche (di processo, di outcome, ecc.) che la stessa pone in essere;
- b. pubblicazione delle acquisizioni realizzate in autonomia, a prescindere dagli importi;
- c. necessità di motivazione in ordine alle esigenze sia tecniche che cliniche qualora l'acquisizione autonoma si fondi su ragioni di infungibilità;
- d. pubblicazione delle acquisizioni in adesione che contengano delle variazioni rispetto ai profili qualitativi e quantitativi di beni e servizi oggetto delle convenzioni (oltre i limiti opzionali già previsti nei medesimi strumenti);

- e. previsione di una valutazione di outcome (oltre che di conformità, sui maggiori vantaggi ottenuti) in caso di acquisizioni autonome o in variazione rispetto agli standard previsti negli strumenti delle centrali;
- f. pubblicazione dei certificati di conformità/parziale, conformità/mancata, conformità che tengano conto anche delle penali, delle sospensioni, delle verifiche e delle risoluzioni parziali, ecc.; trasmissione di report periodici alle centrali contenente le citate informazioni.

Strutture coinvolte nell'audit: S.C. Approvvigionamenti, S.C. Farmacia, S.C. SUPI, S.C. Ingegneria Clinica, S.C. Tecnico Patrimoniale, S.C. Sistemi Informativi Aziendali, S.S. Logistica.

- **FOLLOW UP - SISTEMI DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI SANITARIE E SOCIO SANITARIE, PROCEDURA DI INCASSO TICKET E RENDICONTAZIONE CONTABILE**

L'internal auditing su tale processo è stato attivato nel 2019 con un audit di conformità ed è emersa la necessità di una revisione complessiva delle procedure dedicate ai controlli.

A seguito dell'attuazione della seconda fase dell'I.A., effettuato con la verifica sul campo presso i centri di accettazione dei presidi di Tradate, Varese e Cittiglio, sono emerse criticità anche nel processo di prenotazione determinate dalla configurazione dell'applicativo attualmente in uso.

Il processo viene inserito nel presente piano quale follow up finalizzato a:

- verificare l'efficacia del piano dei controlli predisposto dalla Struttura a riscontro della raccomandazione proposta dal RIA;
- verificare se l'implementazione del nuovo applicativo CUP è funzionale al superamento delle criticità rilevate durante le verifiche.

Strutture coinvolte nell'audit: S.C. Sistemi di Accesso e Libera Professione

- **FOLLOW UP - VACCINAZIONI DELL'INFANZIA E DELL'ETA' ADULTA**

L'I.A. su questo processo è stato inserito a completamento del percorso di verifica iniziato nella seconda metà del 2019, e continuato nel 2020 con l'audit sul campo presso la sede vaccinale di Varese.

Durante l'audit sul campo si è proceduto con l'analisi delle due procedure generali "PG 22 Il percorso vaccinale nei Centri/Ambulatori vaccinali- Aree Territoriali" e "PG 23 Trasporto e conservazione dei vaccini presso i Centri vaccinali ASST Sette Laghi" attraverso specifiche check list predisposte dal RIA sulle fasi ritenute più critiche delle procedure citate per valutare le relative misure di controllo.

Si prevede un' ulteriore visita sul campo presso la S.C. Farmacia che gestisce parte del processo di stoccaggio e invio dei vaccini alle strutture vaccinali a completamento dell'audit.

L'I.A. sarà inoltre esteso al processo di vaccinazioni COVID già in atto in Azienda.

Strutture coinvolte nell'audit: Tutte le strutture coinvolte nel processo di vaccinazione

- **FOLLOW UP PROCEDURE DI BILANCIO**

- ✓ PAC - Procedura immobilizzazione – Gestione beni immobili;
- ✓ PAC - Procedura Immobilizzazioni – Gestione attrezzature sanitarie;
- ✓ PAC - Procedura Immobilizzazioni – Manutenzione e riparazioni;
- ✓ PAC - Procedura Immobilizzazioni – Inventario fisico periodico;
- ✓ PAC - Procedura Immobilizzazioni – Riconciliazioni tra libro cespiti e contabilità generale

Le procedure PAC sono entrate in vigore presso l'ASST dei Sette Laghi il 1 luglio 2018.

L'I.A. è iniziato nella seconda metà del 2019 quando il RIA ha sottoposto le strutture ad un primo audit interlocutorio al fine rilevare lo stato di attuazione delle procedure e successivamente il gruppo auditors ha proseguito l'attività con la verifica sul campo.

L'Audit previsto nella seconda metà del 2020 con la citata verifica sul campo presso le Strutture coinvolte nel processo è stato posticipato al 2021 a causa della situazione pandemica COVID.

Il RIA ritiene di procedere alla seconda fase di Audit in oggetto, a completamento delle verifiche documentali già effettuate sullo stato di applicazione delle procedure.

Strutture coinvolte nell'audit: S.C. Economico Finanziaria; S.C. Tecnico Patrimoniale, S.C. Ingegneria Clinica, S.S. Logistica

- **FOLLOW UP TRASPORTO SECONDARIO**

L'I.A. non compreso nel Piano I.A. 2020 è stato attivato nel mese di febbraio 2021.

La verifica è stata finalizzata ad acquisire le procedure di controllo implementate dal DEC nominato per il servizio di trasporto secondario avviato per l'emergenza COVID.

Ulteriormente si è ritenuto necessario analizzare con quali criteri vengano interpellate le Associazioni per il servizio di trasporto secondario ordinario.

Coerentemente con le procedure di Internal Audit è stato effettuato un primo incontro interlocutorio con il DEC del citato contratto nonché coordinatore del servizio ambulanze, al fine di verificare le modalità di attuazione dell'attività di vigilanza e supervisione effettuate.

Il RIA ritiene di procedere alla seconda fase attraverso un audit sul campo, presso l'ufficio dedicato al servizio ambulanze, a completamento delle verifiche documentali già effettuate per completare il percorso nel 2021.

Durante l'anno verrà monitorata nei termini stabiliti per il follow up, l'attuazione delle raccomandazioni già notificate dal RIA ovvero:

- formalizzazione di una procedura che definisca i criteri per l'attivazione delle Associazioni dedicate al servizio e definizione dei relativi controlli;
- definizione della *job description* degli addetti alla gestione del servizio;

Strutture coinvolte nell'audit: Direzioni mediche

• FOLLOW UP CONTRATTI SERVIZI AZIENDALI

Assunta la peculiarità dell'attività svolta dal Direttore esecutivo del contratto (DEC), l'attivazione dell'I.A. è stata finalizzata a verificare l'implementazione delle procedure di controllo sull'esecuzione dei contratti, in particolare per quei servizi di grande rilevanza per l'azienda.

L'RPCT a partire dal 2018, nell'ambito degli incontri finalizzati all'analisi dei processi per l'individuazione delle misure di prevenzione della corruzione ulteriori, ha più volte ribadito la necessità di implementare tutti gli strumenti necessari per dare evidenza delle modalità seguite per la verifica dell'esecuzione contrattuale.

Il controllo della corretta esecuzione del contratto oltre che rispondere a obblighi normativi e di contabilità pubblica, rileva sotto il profilo della rappresentazione dell'Azienda anche con riguardo alla qualità dei servizi resi.

Il DEC deve presidiare la corretta esecuzione contrattuale coadiuvato e supportato da assistenti DEC, debitamente nominati, garantendo che l'erogazione del servizio/bene offerto rispetti quanto stabilito contrattualmente con il fornitore.

Il RIA, pertanto, ha inteso dal 2019 monitorare con *follow up* periodici l'implementazione dei controlli richiesti per il corretto espletamento della funzione assegnata alla figura del RUP e DEC coerentemente con le disposizioni previste dalla normativa speciale.

Sono stati presi in considerazione per l'attività di audit i seguenti contratti:

- **SERVIZIO DI LAVANOLO**
- **SERVIZIO DI PULIZIE**
- **SERVIZIO DI RISTORAZIONE**
- **SERVIZIO DI SMALTIMENTO RIFIUTI**

Le criticità principali emerse all'inizio dell'attività di audit nel 2019 sono state:

- la mancanza di una procedura aziendale operativa sulle modalità di attuazione delle funzioni del RUP e del DEC;
- la necessità di definire per ogni contratto piani di controllo mutuati sulla base delle obbligazioni contrattuali disposte su ciascun servizio;
- la sistematizzazione delle procedure di controllo;
- la definizione di modulistica dedicata e la tracciabilità dei controlli effettuati.

Nell'anno 2021 si procederà a concludere l'intero processo verificando che tutte le raccomandazioni notificate siano state recepite e implementate, concludendo l'attività di Audit sul processo RUP/DEC.

13

Strutture : S .C. Approvvigionamenti, S.C. Tecnico Patrimoniale, SUPI, S.C. Ingegneria Clinica, Ufficio Gestione contratti

- **RIAGGIORNAMENTO DELL'AUDIT _ GESTIONE E UTILIZZO DELLE CAMERE MORTUARIE**

L'Audit previsto nella seconda metà del 2020 con la verifica sul campo presso le Strutture coinvolte nel processo è stato posticipato al 2021 a causa della situazione pandemica COVID.

Obiettivi dell'intervento: verifica della conformità del processo di gestione delle camere mortuarie rispetto alle normative vigenti, procedure e protocolli aziendali.

Strutture coinvolte nell'Audit: Direzioni Mediche di Presidio

Il presente Piano, da adottare entro il 28 febbraio 2021 e da trasmettere alla Direzione Generale Welfare e alla Struttura Audit di Regione Lombardia, mediante l'invio alla casella email: audit@regione.lombardia.it, potrà essere modificato e integrato nel corso dell'anno sulla base di esigenze aziendali attualmente non pianificabili o di carattere straordinario.

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Sette Laghi

**AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE DEI SETTE LAGHI
POLO UNIVERSITARIO**

Viale Borri 57 21100 Varese
Tel. 0332-278.111, Fax 0332-261.440

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n. 102 del 23/02/2021

OGGETTO: ADOZIONE DEL PIANO DI INTERNAL AUDITING 2021

RELATA DI PUBBLICAZIONE

Si certifica che la presente deliberazione è pubblicata all'albo pretorio sul sito aziendale così come previsto dall'art. 32, comma 1, L. 69/2009, dal 24/02/2021 e vi rimane per quindici giorni consecutivi.

Elenco Firmatari

Questo documento è stato firmato da:

Casillo Roberta - Responsabile del procedimento ANTICORRUZIONE TRASPARENZA E AUDIT

Casillo Roberta - Responsabile ANTICORRUZIONE TRASPARENZA E AUDIT

Palaoro Ugo - Direttore Direzione Amministrativa

Mazzoleni Ivan Alessandro - Direttore DIREZIONE SOCIO SANITARIA

Maffioli Lorenzo - Direttore Direzione Sanitaria

Bonelli Gianni - Direttore Direzione Generale

Bortolato Claudia - Incaricato alla pubblicazione Delibere

Istruttoria redatta da: Casillo Roberta